



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Bacheloroppgave i sykepleie

*” Hvordan kan sykepleier ved hjelp av
kommunikasjon være en god fagperson og vise
omsorg til pasienter som er ved livets slutt?”*

Emnekode: SY180H 000 Dato: 26/10 2012

Kandidatnr: 106

Totalt antall sider: 34

Antall ord: 9142

Sang på elva

Ro, ro din første båt, ro med sterke hender:

Det er fest med felelåt

utmed grønne streder.

Ro, ro din ungdomsbåt bort at fiskje-vona.

Auren blank og auren kåt

vakar uti lona.

Ro, ro din manndomsbåt fram når flommen flømmer.

Ro deg glad og trøtt og våt

mellom kubb og tømmer.

Ro ,ro din siste båt, ro med veke hender.

Elva går med stille gråt

utmed gule strender.

Einar Skjæraasen

1.0	INNLEDNING	1
1.1	Begrunnelse for valg av problemstilling	1
1.2	Førforståelse	2
1.3	Presentasjon av problemstillingen	2
1.4	Avgrensning og presisering av problemstillingen	3
1.5	Formålet med oppgaven	3
1.6	Oppgavens disposisjon og oppbygging	3
2.0	METODE	4
2.1	Metode	4
2.2	Metodevalg	4
2.3	Metode/Kildekritikk	4
2.4	Søkeord/søkemotorer	5
	TEORIDEL	7
3.0	SYKEPLEIETEORI	7
4.0	ELISABETH KUBLER-ROSS OM DØDEN	9
5.0	KOMMUNIKASJON	12
5.1	Kommunikasjon	12
5.2	Profesjonell kommunikasjon	12
5.3	Kommunikasjon i omsorgssammenheng	12
5.4	Kommunikasjon, empati og fagkunnskap	13
5.5	Verbal og nonverbal kommunikasjon	13
	DRØFTINGSDEL	15
6.0	PASIENTENS OPPLEVELSE AV DØDEN	15
6.1	Pasienthistorie nr 1	15
6.2	Hvordan opplever den døende pasienten å bli forstått i livets siste fase?	17
6.3	Hva får pasienten til å føle seg ivaretatt i livets siste fase?	17
6.4	Hva skal til for å oppnå god kommunikasjon med den døende pasienten?	18
6.5	Hva skal til for at pasienten skal få et godt møte døden?	19
7.0	SYKEPLEIE TIL DEN DØENDE PASIENTEN	21
7.1	Pasienthistorie nr 2	21
7.2	Hvordan kan sykepleier bidra til en god død for eldre pasienter i sykehjem?	22
7.3	Hvordan kan sykepleiere med sin faglige kunnskap bidra til at døende pasienter slipper unødig bruk av livsforlengende behandling?	23
7.4	Hvordan kan fysisk kontakt være viktig i pleien av døende pasienter?	24
7.5	Hvordan kan sykepleiers egen nærhet til døden påvirke arbeidet med døende pasienter? ...	25
7.6	Hva er god sykepleie til den døende pasienten?	27
8.0	AVSLUTNING	29
	LITTERATURLISTE:	30
	Pensumlitteratur:	30
	Selvvalgt litteratur:	30

1.0 INNLEDNING

Antall ord: 9142

1.1 Begrunnelse for valg av problemstilling

Dette er min bachelor på sykepleierstudiet. Jeg har valgt å skrive om sykepleie ved livets slutt. Dette er fordi jeg ved mange anledninger i praksis perioder gjennom studiet og ved jobben jeg har hatt ved siden av, har sett at det er ulik kompetanse innenfor dette temaet samt mye usikkerhet blant helsepersonell som jobber med døende pasienter.

Det er vanlig i Norge i dag at de fleste dør på sykehus eller sykehjem. Det har med dette blitt slik at profesjonelle hjelpere har tatt over ansvaret som familie og naboer tidligere hadde når et menneske var ved livets slutt (Skaug mfl 2011:299). Jeg har opplevd både privat og gjennom å jobbe innenfor helsevesenet at det oftest er vi som helsepersonell som tar oss av den døende pasienten. De fleste pårørende føler en trygghet med den kompetansen vi sitter inne med, og overlater sine nærmeste til det offentlige. Dette forutsetter at vi har den kompetansen som forventes av oss. Særlig kan kommunikasjon i den siste fasen av livet kan være en utfordring.

Dette er for mange et vanskelig tema, mye fordi vi ikke kan vite hva døden innebærer. Ingen kan svare oss på hva døden egentlig er. Jeg mener at det er viktig å belyse dette temaet da det er en stor del av jobben som sykepleier. Jeg føler at den teoretiske delen om livets slutt har vært liten gjennom studiet, til tross for at veldig mange pasienter dør med helsepersonell rundt seg. Jeg ønsker å finne ut mer om hvordan jeg ved hjelp av kunnskap kan gi mine pasienter den pleien og respekten de fortjener i livets siste fase. Kommunikasjon er et nøkkelbegrep her. Ved å fordype meg i litteratur som omhandler valgt problemstilling håper jeg å tilegne meg en bedre handlingskompetanse og beredskap når jeg får slike arbeidsoppgaver i min jobb som framtidig sykepleier.

1.2 Førforståelse

Min førforståelse av sykepleie rundt døden er den erfaringen jeg sitter inne med i den jobben jeg har hatt tidligere, og erfaringer fra det private plan. Jeg tror at veldig mange som jobber innenfor helsevesenet er redde for døden. De har ofte lite kunnskap og erfaring, noe som ofte gjenspeiler seg i deres arbeid. Det vil si at det er pasienten som til slutt blir den lidende part. Jeg tror den døende ofte får med seg hva som skjer rundt i rommet han eller hun er i. Jeg tror også de kjenner når vi som hjelpere er utrygge og usikre. Hadde vi vært mer åpne ovenfor pasienten, pårørende og ikke minst hverandre som kollegaer, hadde vi kunne forstått døden bedre. Min personlige oppfattelse av det å dø er at vi kommer til et annet sted der det er godt å være. Jeg ønsker å belyse dette temaet for å få en bedre forståelse av hva sykepleie til døende pasienter innebærer.

1.3 Presentasjon av problemstillingen

”Hvordan kan sykepleier ved hjelp av kommunikasjon være en god fagperson og vise omsorg til pasienter som er ved livets slutt?”

Problemstillingen er valgt fordi jeg ønsker å få mer kunnskap rundt temaet døden. Jeg føler at mine kunnskaper rundt kommunikasjon og omsorg i den siste fasen av livet er begrensede, og ønsker å lære mer om dette. Kommunikasjon for meg er et av de viktigste begrepene innenfor sykepleie. Å kunne kommunisere med pasienten både verbalt og nonverbalt, står slik jeg ser det, veldig sentralt. Det å kunne lese mellom linjene, altså se pasienten selv om de ikke sier så mye. Dette er en viktig del av sykepleien til pasienter som er ved slutten av livet. Vi må ha kunnskap om dette for å kunne hjelpe pasienten på best mulig måte. Den faglige kompetansen står også sentralt. Hvis vi ikke har vårt faglige ståsted er det vanskelig å ivareta pasienten på en trygg og faglig forsvarlig måte.

1.4 Avgrensing og presisering av problemstillingen

Jeg har avgrenset oppgaven til å omhandle pasientens behov for omsorg og en god fagperson i sitt møte med døden. Jeg kommer til å skrive om pårørende rollen, men jeg ønsker å fordype meg mest i pasientens egen opplevelse av døden og hvordan samhandling med helsepersonell i tiden like før døden oppleves. Jeg vil se på faglighet, kommunikasjon og omsorg, og hvordan vi bruker dette i vårt arbeid med døende pasienter. Jeg kommer til å sette fokus på eldre døende pasienter. Jeg skal ikke gå i dybden av den medikamentelle behandlingen, men kommer til å nevne det i oppgaven.

1.5 Formålet med oppgaven

Det er viktig at sykepleiere har faglig kompetanse om det døende menneske, og hvordan den døende opplever møtene med oss. En sykepleier som har kunnskap vil kunne vise trygghet ovenfor pasienter som er i den siste fasen av livet. Mitt formål med denne oppgaven er å se nærmere på hva sykepleieren gjør i sitt arbeid, hva som er viktig faglig kunnskap, og hvordan kommunikasjon brukes ovenfor pasienter som er ved livets slutt.

1.6 Oppgavens disposisjon og oppbygging

Oppgaven er bygd opp av fire hoveddeler. Etter innledningen følger et kapittel om metode. I dette kapittelet vil jeg beskrive valg av metode, metode/kildekritikk der jeg evaluerer bruk av metoden og er kritisk til den. Så kommer søkeord/søkemotorer jeg har brukt i mitt arbeid med å finne anerkjent faglitteratur og forskningsbasert litteratur til oppgaven. Deretter følger en teoridel som belyser sentrale begreper som brukes videre i drøftingen. I dette kapittelet presenteres den sykepleieteoretikeren jeg har valgt og annen teori jeg mener er relevant forhold til oppgaven. Så kommer drøftingsdelen der faglitteratur, forskning og egne meninger rundt problemstillingen blir drøftet opp mot hverandre. Til slutt kommer en avslutning der jeg oppsummerer og reflekterer over problemstillingen.

2.0 METODE

2.1 Metode

Begrepet metode defineres som en framgangsmåte for å frambringe kunnskap eller for å etterprøve påstander som framsettes med et krav om å være sanne, gyldige eller holdbare.

Metode er verktøyet vi bruker i vårt møte med det vi ønsker å undersøke nærmere. Metoden forteller oss hvordan vi bør jobbe for å finne fram til den kunnskapen vi trenger. Begrunnelsen når vi velger metode er at vi tror den vil kunne hjelpe oss til å finne gode data, i tillegg til å belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte(Dalland 2007:83)

2.2 Metodevalg

Jeg har valgt litteraturstudium som metode for å kunne besvare min problemstilling. På denne måten ønsker jeg å klare å tolke og øke min kunnskap rundt det temaet jeg har valgt. Så langt det er mulig vil jeg basere mine funn ut fra primærkilder i form av publiserte vitenskaplige artikler, rapporter og anerkjent faglitteratur.

Jeg bruker data fra kvalitativ forskning som kilder i oppgaven. Kvalitativ metode har som formål å fange opp meninger og opplevelse som ikke er målbare og kan tallfestes (Dalland 2007:84).

I et litteraturstudium vil det handle om hvordan en forstår eller tolker en tekst. Hermeneutikk betyr å fortolke noe. Dette omfatter at en skal gi mening til det vi studerer som utydelig (Dalland 2007:55-56).

2.3 Metode/Kildekritikk

Valget av litteraturstudie som metode innebærer at jeg fordyper meg i litteratur skrevet av andre om temaet jeg har valgt. Med det må jeg gjøre mine egne fortolkninger av litteratur som tidligere

er skrevet. Ulempen med dette er at jeg da må fortolke andres tekst, og det vil være rom for feiltolkninger. I litteraturstudie er det viktig å være tro mot forfatteren av kilden en velger å bruke. Jeg vil være kritisk til validitet og reliabilitet når jeg innhenter kunnskap fra mine kilder enten det er på internett eller i faglitteratur i form av bøker. Kildekritikk innebærer et kritisk blikk for å avgjøre om en kilde er til å stole på eller ikke. Jeg bruker i hovedsak primærkilder, men også sekundærkilder i min bacheloroppgave (Dalland 2007:66).

I mitt arbeid med oppgaven har jeg erfart at det er vanskelig å finne forskningsartikler om pasientens subjektive opplevelse av døden. Det ser ut til at det er gjort lite forskning på hvordan pasienten opplever døden. Derfor har jeg ikke med noen forskningsartikler med om dette temaet.

Ulempen med å bruke litteraturstudie som metode er at en ikke forsker på temaet selv. Det vil si at en er avhengig av at andre har gjort studier tidligere. I og med at temaet mitt er lite belyst fra pasientens side, hadde det kanskje vært en fordel for meg og brukt en annen metode for å kunne gå dypere inn i pasientens opplevelse av døden.

2.4 Søkeord/søkemotorer

Søke ord jeg har brukt for å finne anerkjent faglitteratur og forskningslitteratur er:

Død

Livets slutt

Livets avslutning

Kommunikasjon

Omsorg

Care

Caring

Death

Dying

The end of Life

Life ending

Communications

Tillit

Confidence

Trust

Døende

Søkemotorer jeg har brukt i mitt arbeid med å finne forskningsartikler er Idun, SweMed +, NORART , PubMed mf. Jeg har også brukt Universitetet i Nordlands bibliotek og deres database BIBSYS i arbeidet med å finne anerkjent faglitteratur.

TEORIDEL

3.0 SYKEPLEIETEORI

Kari Martinsen

Jeg har valg å bruke Kari Martinsens omsorgsteori i min bachelor oppgave. Hun tar avstand fra egenomsorgstenkningen der målet er å gjenvinne sin funksjon og selvstendighet, og mener dette ikke er forenelig med sykepleiens omsorgstradisjoner (Skaug mfl. 2005:61). På bakgrunn av at jeg har valg å skrive om pasienter ved livets slutt, synes jeg hennes omsorgsfilosofi faller godt inn under min problemstilling. Martinsen setter fokus på relasjoner mellom pleier og pasient, samtaler, det å lytte til pasienten og å kunne sette seg inn i pasientens situasjon.

Kari Martinsen sykepleietenkning tar i hovedsak opp grunnleggende spørsmål knyttet til menneskets natur og livsvilkår, og konsekvensene dette grunnsynet har for sykepleie som yrkesvirksomhet. Martinsen har både en sosialpolitisk og personlig interesse i de syke og de som av andre årsaker faller utenfor i samfunnet. Martinsens teoretiske innfallsvinkel kan betegnes som fenomenologisk og kritisk (Marriner-Tomey & Alligood 2011:202)

Martinsen har og vært banebrytende i arbeidet med å klargjøre begrepet omsorg som et etisk begrep. Hun skifter fokus fra rasjonelle upersonlige argumenter til hvordan moralske handlinger vokser ut fra en konkret situasjon, og den krever følelsesmessig nærhet og involvering i pasientens situasjon (Kirkevold & Nortvedt 1993:139).

Kari Martinsen mener omsorg er å hjelpe sin neste, det har med nestekjærlighet å gjøre, og at en skal gjøre mot andre slik en vil at andre skal gjøre mot oss. Hun mener omsorg tar utgangspunkt i et kollektivt basert menneskesyn, der det grunnleggende er at vi er avhengige av hverandre. Fra dette menneskesynet står ikke avhengighet i motsetning til selvhjulpenhet. Hun mener avhengighet inngår på ulike måter i alle menneskelige forhold (Martinsen 2003:14-15).

Ifølge Martinsen har begrepet omsorg noen fundamentale kvaliteter:

- Omsorg er en sosial relasjon. Det vil si at det har med solidaritet og med fellesskap å gjøre.
- Omsorg har med forståelse for andre å gjøre. Det er en forståelse man tilegner seg ved å gjøre ting for eller sammen med andre. En utvikler erfaringer sammen, og de situasjoner en har erfaring fra, er lettere å forstå. På denne måten kan man forstå den andre gjennom måten personen forholder seg til sin egen situasjon.
- Hvis omsorgen skal være ekte, må en forholde seg til den andre fra en holdning som vedkjenner den andre ut fra hans situasjon. Innenfor dette ligger en gjensidighet, utviklet gjennom samhandling i en praktisk arbeidssituasjon (Martinsen 2003:71).

Det som står sentralt i begrepet omsorg er forståelsen av den andres situasjon. Pleierens egen erfaring vil være medvirkende til å kunne forstå sine pasienter når de trenger hjelp. Det er ikke slik at en kan oppleve smertene til pasientene, men en kan gjenkjenne situasjonen og forstå pasienten, og med det hjelpe. I tillegg til kunnskapen og den personlige erfaringen pleieren har som medmenneske, er det også viktig å ha de faglige kunnskapene for å kunne ivareta pasienten (Martinsen 2003:76).

Martinsen sier også at det vesentlige i omsorgen er samhandlingen mellom klient og hjelper, ikke det formålsrasjonelle- samtidig som at omsorgen vil mangle noe uten faglig dyktighet. Personlige kvaliteter, erfaring og forståelse gjennom praktisk dyktighet er fundamentalt. Omsorg forutsetter en nær sammenheng mellom praksis og teori. Omsorgsrasjonaliteten tilsier at personlig innlevelse og kjennskap i hver enkelts situasjon er viktig for riktig utøvelse av god omsorg. Dette forutsetter nærhet mellom ferdigheter og fagkunnskap (Martinsen 2003:94-95).

4.0 ELISABETH KUBLER-ROSS OM DØDEN

Elisabeth Kubler-Ross regnes som en pioner innen omsorg ved livets slutt. Hun er kjent for sin forståelse av døden som fenomen og sitt arbeide med døende mennesker. Hun har trosset tradisjonelle holdninger og brakt døden frem i lyset slik at vi kan se på den uten frykt.

Elisabeth Kubler-Ross forteller i sin bok *Døden og livet etter døden*, at dødsopplevelsen er identisk med fødselen. Hun mener det er fødselen i en annen form for eksistens. Hun mener menneskets død kan sammenlignes med en sommerfugl som forlater sitt puppehylster. Puppehylsteret og larven kan ligne på menneskets midlertidige oppholdssted hvis en kan forestille seg det. Rent symbolsk mener hun at å dø er å flytte til et ”flottere hjem”. Hun mener også at når vi dør slippes vår sjel fri. Det hun mener er at kroppen er vårt hjem den tiden vi lever her på jorden, og når vi dør slippes vår sjel fri. Vi er ikke lengre redde for døden. Når puppehylsteret blir skadet ved at mennesket utsettes for selvmord, hjerneinfarkt og lignende, vil det frigi ”sommerfuglen” eller sjelen til det døende mennesket. På det stadiet der sommerfuglen – rent symbolsk – har forlatt den jordiske kropp, vil mennesket få opplevelser som gjør at de ikke lengre er redde for døden. I det første stadiet forsynes de av en kroppslig energi. I dette stadige av døden er det fremdeles bruk for en fungerende hjerne, altså en form for bevissthet hvis man skal kunne kommunisere med sine medmennesker. Men i det øyeblikket hjernen eller puppehylsteret blir skadet, har mennesket ikke noe bevissthet lengre. I det øyeblikk bevisstheten opphører, når puppehylsteret blir ødelagt og mennesket ikke lengre kan trekke pusten, en ikke kan finne puls eller hjernefunksjon, befinner sommerfuglen seg utenfor sitt puppehylster. Det behøver ikke bety at mennesket er død, men at puppehylsteret ikke fungerer lenger. Når en forlater puppehylsteret går en inn i et annet stadium som henter kraft i den psykiske energi som påvirkes av mennesket selv.

Hun sier alle mennesker har fri vilje. Det betyr at vi er i stand til å velge mellom å bruke disse energier i positiv eller negativ retting. I det øyeblikket der sommerfuglen, eller sjelen blir fri og har forlatt kroppen, vil en først oppdage at en kan observere alt det som skjer rundt ens dødsleiet, på pasientrommet eller på ulykkesstedet der sjelen har forlatt kroppen.

Dette skjer på det tidspunktet legene ikke lengre kan registrere puls, blodtrykk eller respirasjon, og noen ganger ingen måling av hjernefunksjon. Men mennesket vet nøyaktig hva hver enkelt person foretar seg og hva de tenker. Det finnes mennesker som har vært med i bilulykker som kan gjengi nummerskilter på biler, og hva som har skjedd rundt mens de var klinisk døde. Det er enda er mye

vi ikke forstår ved døden, og det kreves ydmykhet fra forskere og aksept for det er ting vi ikke helt kan forklare.

Under operasjoner er det mange mennesker som trer ut av sin egen kropp og faktisk er i stand til å overvære sin egen operasjon. Derfor burde alle leger og sykepleiere begrense seg, slik at når pasienten er bevisstløs snakkes det bare om ting de mener pasienten tåler å høre. Det er trist hva som sies rundt bevisstløse mennesker som faktisk kan høre alt. Derfor bør det bemerkes at når en står ved et dødsleie, hvor mennesket befinner seg i en meget dyp koma, kan dette mennesket høre alt som blir sagt. Det er derfor aldri for sent å si hva en ønsker å uttrykke til et døende menneske. Heller ikke etter dødens inntreden.

Ved en nær døden opplevelse kan mennesker si at de har sett et lys som er så slående og uvirkelig vakkert. Det lyser av betingelsesløs kjærlighet, og det finnes ikke ord for det. Når et menneske trer inn i døden, brister forbindelsen mellom puppehylsteret og sommerfugl sammenlignet med en navlestreng. Etter det er det ikke mulig å vende tilbake den jordiske kropp. I møtet med lyset blir vi for første gang klar over hvorfor mennesket ble til. Det lyser betingelsesløs kjærlighet som ikke lar seg beskrive. I nærvær av dette lyset blir en klar over at livet på jorden har vært som en skole der en måtte ha gjennomgått visse prøver og lære bestemte ting. Når en har bestått disse får en komme ”hjem” (Kübler-Ross 1988:9-20).

Det er ingen døende, enten de er fem eller nittifem, som ikke vet at de er døende. Og spørsmålet er ikke: skal jeg fortelle han at han skal dø? Spørsmålet er: hører jeg hva han sier? (Kübler-Ross 1993:20).

Det symbolske språket:

Det er to former for symbolsk språk. Det symbolske verbale og det symbolske ikke-verbale. Disse to er begge universale og kan benyttes over hele verden. Når en først forstår dette språket, vil du aldri mer være nødt til å gjette deg frem eller måtte ta sjanser. Du vil begynne å forstå at alle døende voksne og barn vet, kanskje ikke alltid bevisst, men ubevisst- at de er døende når de er alvorlige syke (Kübler-Ross 1993:23).

Det jeg prøver å fortelle dere, er at kunnskap hjelper, men kunnskap alene ikke kan hjelpe noen. Hvis du ikke bruker hodet og hjertet og sjelen, vil du ikke kunne hjelpe et eneste menneske (Kübler-Ross 1993:19).

5.0 KOMMUNIKASJON

5.1 Kommunikasjon

Kommunikasjon er et begrep jeg kommer til å bruke mye i drøftingen. Kommunikasjon kan defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Begrepet kommunikasjon kommer opprinnelig av det latinske ordet *comunicare*. Det betyr å ha forbindelse med, delaktiggjøre en annen i eller å gjøre noe felles (Eide & Eide 2007:17-18)

5.2 Profesjonell kommunikasjon

Profesjonell kommunikasjon betegnes ikke som det samme som kommunikasjon i dagliglivet. I jobben kommuniserer vi som yrkesutøvere og ikke som privatpersoner. Profesjonell kommunikasjon betyr at kommunikasjonen hører ens yrke til, og i denne sammenheng yrket som hjelper. Hjelpende og profesjonell kommunikasjon har et helsefaglig formål. Helsefaglig, profesjonell kommunikasjon bør alltid være hjelpende, i den forstand at den er både velbegrunnet og faglig. Den bør være til hjelp for den andre (Eide & Eide 2007:18-19)

5.3 Kommunikasjon i omsorgssammenheng

Hjelpende og god kommunikasjon kan bestå av en rekke ulike elementer, som det å skape en åpen situasjon, speile følelser, være empatisk og lyttende, følge verbalt og nonverbalt, gjenta uttrykk og nøkkelord, vise at en anerkjenner, ser og forstår. Dermed kan en hjelpe den andre til å forstå situasjonen bedre og vurdere mer i overensstemmelse med det som faktisk skjedde (Eide & Eide 2007:16).

Omsorg for ens medmennesker er en overordnet verdi i sosial- og helsefaglig arbeid, og en grunnleggende forutsetning for hjelpende og profesjonell kommunikasjon (Eide & Eide 2004:33).

5.4 Kommunikasjon, empati og fagkunnskap

Fagkunnskap:

Forutsetning for god profesjonell kommunikasjon er fagkunnskap. Uten kjennskap til faget vil kommunikasjon i de fleste tilfeller bli lite informativ, mangelfull og dermed uprofesjonell. Hvis en mangler nødvendig fagkunnskap, vil kommunikasjon med klienter, pårørende og brukere mangle det viktigste fundamentet (Eide & Eide 2004:38-39).

Empati:

Empati er evnen til å sette seg inn i en annens situasjon, og forstå den andres følelser og reaksjoner. Empati i praksis er helt nødvendig for å kunne kommunisere godt. Det er ikke minst viktig for å kunne forstå pasienters bekymringer og følelsesmessige anliggender, som ofte kommuniseres indirekte og vagt (Eide & Eide 2007:37).

Profesjonell empati innebærer at en innstiller seg på den andre med sin faglige kunnskap i bakhodet, og at en lytter aktivt og henvendt til den andre. Profesjonell empati er en faglig ferdighet som krever både fagkunnskap, vilje til å være rettet mot den andre og evne til selvrefleksjon (Eide & Eide 2004:35-38).

5.5 Verbal og nonverbal kommunikasjon

Med verbal kommunikasjon menes gjerne at innholdet blir formiddlet gjennom ord. Pasienten kan uttrykke seg verbalt og forklare det han eller hun ønsker å formidle (Eide & Eide 2004:16).

Nonverbal kommunikasjon er ofte mer sammensatt. Nonverbale uttrykksformer avslører ofte personens spontane reaksjoner, det kan også være reaksjoner som er halv eller helt ubevisste for personen selv. Et spontant smil, en bekymret rynke eller et utålmodig kremt kan formidle noe til den andre. Noen ganger er dette tydeligere og mer direkte enn ord. En stor del av vår kommunikasjon er nonverbal. Det nonverbale uttrykket må fortolkes. Det gjør vi som helsepersonell hele tiden, men det er ikke sikkert vi fortolker det rett. Våre fortolkninger er sjelden helt presise. Nonverbal kommunikasjon er et responderende språk. Det kan fortelle noe om begge parter i en dialog, også noe om relasjonen mellom disse. Det er derfor det er viktig å lytte aktivt til andres nonverbale språk slik at vi kan oppfatte den viktige informasjonen personen kommer med i

form av nonverbal kommunikasjon. Det er også viktig at vi som helsepersonell innstiller oss slik at vi nonverbalt formidler en profesjonell holdning av interesse og vilje til å hjelpe som ligger til grunn for vårt arbeid. Helsepersonells nonverbale kommunikasjon er nok viktigere enn vi umiddelbart tenker oss. Dette fordi vi gjennom det nonverbale signaliserer hvorvidt vi er innstilt på å lytte og hjelpe, og det kan være avgjørende for hvorvidt pasienten føler seg trygg og godt ivare tatt.

Gode nonverbale kommunikasjonsevner er viktig i arbeid med pasienter som har redusert eller ikke fullt utviklet kognitive evner. Dette kan være i arbeid med barn, personer med psykisk utviklingshemming at det nonverbale er særlig viktig, fordi det har sterkere gjennomslag enn det verbale. Det er også når helsepersonell jobber i direkte kontakt med pasientens kropp og pasienten er mer intimt berørt, at det grunn til å anta at den nonverbale kommunikasjon er særlig viktig. Nonverbal bekreftende kommunikasjon er med på å bygge opp tillit, trygghet og motivasjon. Det er viktig å trene opp denne ferdigheten (Eide & Eide 2007: kap 7).

DRØFTINGSDEL

*Gud, gi meg ro
til å akseptere det jeg ikke kan forandre,
mot til å endre på det jeg kan,
og visdom til å se forskjellen
(Kübler-Ross 1998:144).*

6.0 PASIENTENS OPPLEVELSE AV DØDEN

6.1 Pasienthistorie nr 1

Denne pasienthistorien tar utgangspunkt i mitt første møte med en døende pasient og døden i arbeidet som helsepersonell.

Jeg hadde jobbet i ca to måneder på et sykehjem med demente. Jeg jobbet for et meste på samme avdeling med de samme pasientene og følte jeg begynte å kjenne hver enkelt ganske godt. En morgen under rapporten fikk vi beskjed om at en av pasientene på avdelingen var blitt tiltagende dårlig. Han hadde en pneumoni han ble forsøkt behandlet for, men legen hadde dagen før seponert alle faste medisiner. Vi fikk beskjed om at han hadde flere tegn på at det ikke var sikkert han kom til å leve gjennom vår vakt. Vi gikk inn til mannen for å stelle han og sitte sammen med han. Denne dagen hadde avdelingssykepleier ikke leid inn ekstra ressurs fordi hun mente det var mange på jobb den formiddagen, og hvis det skulle skje noe var det flere på huset å ringe til. Vi hadde også fem andre demente som bodde i avdelingen som også skulle ivaretas. Dette føltes veldig problematisk. Det ble veldig hektisk utover formiddagen, og vi hadde ikke anledning til å sitte inne sammen med mannen hele tiden. Akkurat denne dagen skulle pasientens kone og sønner i begravelse til hans bror, så vi ble enige om at vi skulle passe på han mens de var der.

Jeg husker godt vi gikk inn til pasienten litt ut på dagen. Jeg hadde en erfaren sykepleier sammen med meg og stelte så godt vi kunne for han. Pasienten gav under stell uttrykk for at han var engstelig og redd, og vi satt sammen med han til han roet seg ned. Etter en stund var det noe som

skjedde ute på gangen som gjorde at vi måtte forlate rommet. Vi ble enige om at det var greit at vi gikk ut da det så ut som situasjonen var under kontroll.

Jeg tror vi hadde vært ute av rommet i ca ti minutter da min kollega ropte på meg at jeg måtte komme med en gang. Da jeg kom inn på rommet lå pasienten død i sengen. For meg så det ut som han hadde forsøk å få kontakt med noen, men vi var ikke tilstede. Han lå og stirret i taket med munnen åpen og øynene vidt åpne. For meg ble dette et kjempe sjokk, jeg hadde ikke forventet et slikt syn. Vi snakket sammen i avdelingen i etterkant om hva vi kunne gjort annerledes, men jeg følte hele tiden det var noe pasienten forsøkte å fortelle oss som vi ikke klarte å fange opp.

Denne situasjonen har betydd mye for meg i mitt arbeid med døende pasienter. Jeg har i ettertid tenkt tilbake når jeg har vært i lignende situasjoner, og forsøkt å lytte og lese pasienten på en annen måte. Jeg har mange ganger tenkt at kommunikasjon og faglig kunnskap er meget framtreddende i arbeidet med døende pasienter. Jeg har og forundret meg over hva er det egentlig pasienten tenker og føler i den siste fasen av livet? Klarer vi som sykepleiere å forstå pasienten, og hva det er han eller hun prøver å fortelle oss?

Elisabeth Kubler-Ross snakker om at sjelen forlater den jordiske kropp, og pasienten vil få opplevelser som gjør at de ikke lengre vil være redde for å dø (Kubler-Ross 1988:10). Slik jeg opplevde denne situasjonen var pasienten redd for å dø, og i tillegg døde han helt alene. Jeg tenker at et hvert menneske er alene i sin død, og med det mener jeg at det som skjer i tankene våre er det ingen andre som kan se. Det er vanskelig for pasienten å formidle tanker og følelser når den verbale kommunikasjonen opphører.

Kubler –Ross sier også at det er to former for symbolsk språk. Det verbale og det ikke verbale. Begge disse er universale og kan benyttes over hele verden (Kubler-Ross 1993:23). Det er etter min mening svært viktig at vi som helsepersonell skjønner dette språket, og lærer å tyde det på en god måte som er til hjelp for pasienten. Hadde jeg lært dette ville jeg kanskje vært i stand til å hjelpe min døende pasient, og hørt hva det var han forsøkte å fortelle meg.

6.2 Hvordan opplever den døende pasienten å bli forstått i livets siste fase?

Kubler-Ross skriver i sin bok *Livshjulet* at det trenges mot til for å lytte til den døende pasienten. Pasientene hun snakket med vek ikke unna for å si ifra når de var missfornøyde. Det som var litt overraskende var at det var ikke den fysiske pleien de ikke var fornøyde med, men det var mangelen på medfølelse, innlevelse og forståelse. Pasientene følte at legen unngikk å snakke om at de var døende, mens pasienten hadde et stort behov for å få snakket om hvilke tanker han eller hun hadde rundt dette. Det var ofte ikke det medisinske de hadde behov for å få klarhet i, men det praktiske rundt barn og familie når de ikke lenger var i live (Kubler-Ross 1998:145).

Jeg synes dette er et klassisk eksempel på at pasienter trenger noen som kan lytte til hva hun eller han har på hjertet. Det er for mange pasienter ikke så viktig med medisinske forklaringer og terminologier, det som er viktig for pasienten er å bli lyttet til. Det å få snakke med noen, og at det er noen som faktisk hører hva han eller hun har behov for å snakke om er viktig. God og hjelpende kommunikasjon er essensielt i et slikt arbeid. Ved hjelp av ulike elementer som det å skape en åpen situasjon, være lyttende og empatisk, følge med verbalt og nonverbalt og vise at en anerkjenner, ser og forstår er viktig for pasienten. Det er også viktig da det er enklere å vurdere at pasienten faktisk forstår hva som skjer rundt pasienten (Eide & Eide 2007:16). Jeg tror at hvis pasienten kan få gi uttrykk for sine bekymringer og tanker, vil den døende pasienten føle seg bedre forstått. Dette vil være med å skape tillit og trygghet.

6.3 Hva får pasienten til å føle seg ivaretatt i livets siste fase?

Omsorg er et sentralt begrep som er med på å hjelpe pasienten til å føle seg ivaretatt i livets siste fase. Kari Martinsen mener omsorg er å hjelpe sin neste, det har med nestekjærlighet å gjøre, og at en er mot andre slik en vil andre skal være mot oss. Hun mener omsorg tar utgangspunkt i et kollektivt menneskesyn der det er grunnleggende at vi er avhengige av hverandre (Martinsen 2003:14-15). Det er viktig at vi som skal hjelpe pasienten viser forståelse for den situasjonen pasienten er i. Martinsen sier omsorg har med forståelse å gjøre. Det er en forståelse en tilegner seg ved å gjøre ting for eller sammen med andre. En utvikler erfaringer sammen, og de situasjoner en

har erfaring fra er lettere å forstå (Martinsen 2003:71). Slik jeg ser det er det umulig for helsepersonell å sette seg inn i en døende pasients situasjon. Jeg tror det er umulig å forstå hvordan det oppleves for pasienten å dø ettersom en ikke har kjent det på kroppen selv. Ved å vise omsorg kan vi vise at vi er der for pasienten. Derfor mener jeg at ved å vise omsorg viser en at en bryr seg om sin neste. Hva som er viktig for hver enkelt pasient for å føle seg ivaretatt er vanskelig å gi svar på. Kanskje kan det være å lytte, eller å snakke om døden. Kanskje er det å ikke si noe som helst, men å være tilstede. Kanskje er det å redegjøre for diagnoser eller medisinske spørsmål, eller å legge til rette for at pasienten kan få avsluttet ting som han eller hun går og tenker på. Med vår medisinske kunnskap og erfaring kan vi være med på å skape trygghet. Trygghet er slik jeg ser det viktig. Føler en trygghet, føler en ofte seg også godt ivaretatt.

6.4 Hva skal til for å oppnå god kommunikasjon med den døende pasienten?

Kommunikasjon er et begrep som defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter (Eide & Eide 2007:17-18). Pasienter som er kommet i den terminale fasen glir ofte inn i koma og det er vanskelig å få kontakt. Hørselen er det siste som forsvinner i dødsprosessen. Det er derfor viktig å henvende seg til den døende med egne ord. Selv om pasienten tilsynelatende er komatøs, har personer som er kommet tilbake fra denne tilstanden vært i stand til å oppfatte ting som har skjedd rundt pasienten (Myskja 2012:146-147). Jeg mener at kommunikasjon i denne fasen er viktig. Det er fordi jeg har sett tilfeller der pasienter som er i terminalfase har vært urolige og angstpreget, men når pårørende har kommet inn i rommet og snakket til pasienten, har situasjonen endret seg og pasienten har fått en ro. Jeg er ikke i tvil om at god kommunikasjon er essensielt.

Kommunikasjonen trenger ikke å være verbal. Nonverbal kommunikasjon er et responderende språk. Det er viktig å lytte aktivt i andres nonverbale kommunikasjon slik at vi kan oppfatte den viktige informasjonen personen kommer med (Eide & Eide 2007:198). Jeg tror det er viktig å se pasienten. Hvis pasienten viser angst eller uro ved hjelp av nonverbal kommunikasjon er det viktig at dette blir tatt på alvor. Det å gi nærvær, ro og følelsesmessig kontakt er viktig. Bruk positiv berøring. I noen tilfeller kan det virke som pasienten trenger en bekreftelse på at det er greit å dø. I det rette øyeblikket er det greit at enten en som står pasienten nær eller personalet sier at pasienten

kan slippe taket når han eller hun er klar for det (Myskja 2012:183). Jeg tror det er viktig å snakke med pasienten selv om det er usikkert hva de får med seg om samtalen. Jeg tror det å høre kjente stemmer og kjenne berøring er betryggende, og får pasienten til å føle seg sett og ivaretatt. Det er viktig at pasienten føler seg sett som menneske og ikke bare en diagnose (Myskja 2012:184).

Ofte er vi redde for å gjøre eller si noe galt, eller vi føler at vi ikke har noe å bidra med. Det fører til at mange holder seg unna. Vi blir hjelpeløse, vi vet ikke hva vi skal si eller gjøre (Myskja 2012:186).

Jeg tror vi som helsepersonell ofte kan bli veldig opptatt av stell og andre prosedyrer. Da er det lett å glemme mennesket som trenger at vi også er medmenneske og at vi viser følelser. Mange føler seg nok hjelpeløse og tenker at det ikke er noe en kan gjøre for å trøste i en situasjon der livet går mot slutten. Jeg tror ikke en egentlig trenger å si så mye, bare det å være tilstede, vise omsorg og at en bryr seg er viktig.

Husk at det er *deg* den døende vil ha der: Om situasjonen er uvant og krevende, er det godt nok med deg, akkurat slik du er (Myskja 2012:190).

6.5 Hva skal til for at pasienten skal få et godt møte døden?

Audun Myskja skriver i sin bok *Kunsten å dø* at vi trenger å godta det uunngåelige. Han er overbevist om at menneskeverd kommer av å leve i overensstemmelse med våre kvaliteter, med vår indre moral og overbevisning om hva som er rett og galt for oss. Vi vinner som regel vår integritet gjennom kamper, gjennom seiere og nederlag, og gjennom smerte. Disse kampene og smertene settes på prøve gjennom dødsprosessen. De fleste døende må gjennom smerte og lidelser, lidelser som kan lindres gjennom kombinasjon av god medisinsk behandling og medmenneskelig omsorg (Myskja 2012:71) Min oppgave omhandler eldre døende pasienter. Ut fra min erfaring skjer fleste dødsfallene blant eldre ved et naturlig sykdomsforløp. Med det mener jeg at allmentilstanden gradvis svekkes og sykdom ofte oppstår. Det er viktig at ikke slutten av livet trues av lidelser som kunne vært unngått. Jeg tror at med gode ferdigheter innenfor palliativ smertelindring vil en kunne hjelpe pasienten til å møte døden på en god måte. For meg virker det

som mange pasienter ofte ikke er redde for selve døden, men de smertene og angsten det å dø kan innebære. God smertelindring og riktig dosering er like viktig som den gode samtalen, det beroligende nærværet og de trygge hendene (Myskja 2012:71). Jeg tror at å vise forståelse og nærhet er viktig. Selvfølgelig kan dette variere ut fra hva pasienten selv ønsker, men jeg mener det er viktig hvertfall å vise at vi bryr oss, å være tilstede hvis pasienten ønsker det.

Noe av det viktigste med behandling av døende er hjelp til å bevare det de har funnet i sitt liv. Et fullbyrdet liv blir til en fullbyrdet død (Myskja 2012:71).

Dette sitatet synes jeg sier mye. Eldre pasienter som er døende har et helt levd liv bak seg med mange erfaringer som kanskje ikke kommer frem i samtaler med den døende. Da er det viktig å ta vare på minnene, erfaringene og ta hensyn til disse. Jeg har opplevd pasienter som har mistet sine nærmeste. Blant annet pasienter som har mistet sine egne barn. En kvinne jeg jobbet med sa hun var ikke redd for å dø. Hun hadde levd et langt og godt liv med mye kjærighet og glede. Hun visste godt at hun ikke hadde lang tid igjen å leve, og så frem til å treffe de hun hadde savnet som hadde gått bort før henne. Hun hadde blant annet mistet en av sine to tvillinger. Dette temaet kom ofte opp i samtaler jeg hadde med kvinnen. Hun fortalte hun hadde levd et godt liv selv om savnet etter barnet bestandig hadde vært stort. Kvinnen døde kort tid etter og hadde en fin og fredfull død. Jeg tror at når pasienten føler livet har vært levd fullt ut er det lettere å forsones seg med døden. Dermed vil ikke døden være like skremmende og usikker.

Kari Martinsen har arbeidet med å klargjøre begrepet omsorg som et etisk begrep. Hun setter ikke fokus på rasjonelle upersonlige argumenter, men mener heller at moralske handlinger vokser ut fra en konkret situasjon, og den krever følelsesmessig nærhet og involvering i pasienten (Kirkevold & Nortvedt 1993:139). Jeg tror pasienten føler seg bedre ivaretatt hvis den som skal hjelpe han eller henne klarer å involvere seg i situasjonen. Det at et medmenneske viser følelsesmessig nærhet og innlevelse så godt det lar seg gjøre, kan være medvirkende til en verdig og god død. Som jeg har nevnt tidligere tror jeg vi er alene i døden. Med det mener jeg at døden er noe vi ikke kan dele i erfaringer med hverandre. Det er få mennesker som kan si at de har våknet opp igjen, og kan fortelle hvordan det opplevdes. Det er viktig at vi viser følelsesmessig nærhet og involvering slik at pasienten føler at vi er sammen om dette så godt det lar seg gjøre.

7.0 SYKEPLEIE TIL DEN DØENDE PASIENTEN

7.1 Pasienthistorie nr 2

Denne pasienthistorien fant sted i en av mine praksisperioder i sykepleiestudiet.

Jeg var i praksis ved en korttidsavdeling der de i hovedsak jobbet med pasienter som bodde hjemme og som i perioder trengte avlastning av ulike årsaker. På rapporten den første dagen jeg var der fikk jeg høre at de hadde en pasient som var terminal. Hun var 95 år, hadde svekket allmentilstand og en begynnende pneumoni som de hadde startet behandling for. Det ble også fortalt under rapporten at pasientens helse hadde forverret seg de siste månedene og familien var informert at pasienten var blitt tiltagende dårlig. Det viste seg at familie var på ferie i utlandet og kom ikke hjem før om ca 1 uke. Tilsynslegen ved avdelingen var i familie med pasienten, ikke nære bånd, men nok til at de hadde telefonkontakt og hadde i samråd med pårørende blitt enige om å starte opp veskebehandling slik de kunne være sammen med pasienten når hun døde.

Pasienten var ikke lengre kontaktbar og hadde vært sengeliggende en periode før jeg startet i praksis. Dagene gikk og det var ingen tegn til bedring. Sykepleierne hadde hele veien kontakt med tilsynslegen angående videre behandling. Det ble gitt veske for å holde pasienten i live til familien kom tilbake fra ferie.

Pasienten begynte etter hvert å utvikle komplikasjoner. Hun fikk trykksår selv om vi forsøkte å forebygge dette. Hun fikk etter hvert så mye veske at hun hadde ødemer i beina og helt opp til fingrene. Hun hadde respiratoriske komplikasjoner der hun hadde pustestopp og veldig mye surkling i brystet. Det ble hele tiden diskutert på rapportene og ellers blant personalet at dette ikke var til det beste for pasienten. Men på tross av det var det ingen sykepleiere som sa imot legen selv om det var en stor belastning for pasienten. Etter en uke kom pårørende hjem og all behandling ble avsluttet. Pasienten døde noen dager senere.

Denne pasienthistorien gjorde sterkt inntrykk på meg. Jeg følte at på tross av den faglige kunnskapen sykepleierne hadde ble det tatt mer hensyn til pårørende og legen ved avdelingen enn til den døende pasienten. Jeg spurte gjentatte ganger om ikke det var

mulighet for å snakke med legen vedrørende å avslutte intravenøs behandlingen, men de sa det var vanskelig i og med at legen var i familie med pasienten og hadde en dialog med pårørende som ikke gikk gjennom avdelingen. Dette eksemplet illustrerer at kommunikasjon på tvers av ulike faggrupper og med pårørende er av overordnet betydning for å kunne legge til rette for et mest mulig naturlig og verdig møte med døden.

7.2 Hvordan kan sykepleier bidra til en god død for eldre pasienter i sykehjem?

Hovedtrekkene i pasienthistorien i kapittel 7.1 er kjente for mange av de som jobber i helsevesenet. Pasienten er ikke lengre verbalt i stand til å uttrykke hva hun ønsker og det er pårørende i samråd med legen som bestemmer videre behandling. I artikkelen *Hva er en god død i sykehjem* sier Bjørndal & Gjerberg at en grunnleggende forutsetning for å oppnå en verdig og god livsavslutning er at personalet har respekt for både pasient og pårørende. De legger også vekt på at helsepersonell må gjøre systematisk observasjon, god dokumentasjon, rutiner for oppfølging og ha tilstrekkelig kompetanse vedrørende lindrende behandling. De mener og at kontinuitet i relasjon mellom pasient/ pårørende og ansatte i tillegg til god kommunikasjon er viktige forutsetninger (Bjørndal & Gjerberg 2007).

Jeg mener også at dette er meget viktige punkter å ha med seg i jobben med døende pasienter. En grunnleggende forutsetning for å gjøre den siste fasen av livet så god som mulig er at helsepersonell respekterer både pasient og pårørende. Det handler om respekt for livssyn og pasienten, i tillegg til pårørendes ønsker om hvordan den siste delen av livet skal være. Det handler om etikk, kommunikasjon og dokumentasjon, der pasientens verdivalg bør stå sentralt (Bjørndal & Gjerberg 2007). I denne pasienthistorien synes jeg det blir vanskelig. Ut fra den forståelsen jeg fikk hadde det ikke vært snakket om hva pasienten ønsket på forhånd. Avgjørelsen om livsforlengende behandling ble tatt da pasienten ikke lengre var kontaktbar, og slik jeg oppfattet den var det kun av hensyn til pårørende. Jeg mener dette var helt feil. Det er klart at vi skal ta hensyn til pårørende i slike situasjoner, men dette var slik jeg så det ikke i samsvar med de yrkesetiske retningslinjene som sier: ”Sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse, og bidra til en naturlig og verdig død” (NSF 2011: 9). Slik jeg oppfattet situasjonen led pasienten unødvendig på grunn av hensynet til pårørende. Slik jeg ser det skulle sykepleierne med sin kunnskap og god

kommunikasjon stått sterkere på sitt, og argumentert med sin faglige bakgrunn og erfaring på vegne av pasienten. Da ville pasienten fått en naturlig og verdig død.

7.3 Hvordan kan sykepleiere med sin faglige kunnskap bidra til at døende pasienter slipper unødig bruk av livsforlengende behandling?

Det jeg reflekterte mest over i ettertid ved denne pasienthistorien var hvorfor sykepleierne ikke gikk imot legen og sa hva de egentlig mente? Var det av respekt for legen, pårørende eller pasienten? Unødvendig bruk av livsforlengende behandling tas også opp i artikkelen *Hva er en god død i sykehjem*. Informantene mente at unødvendig bruk av livsforlengende behandling reduserte mulighetene til å få en god livsavslutning. Det kunne dreie seg om å starte opp med behandling for en pneumoni eller intravenøs veskebehandling fordi pasienten ikke lenger tok til seg mat og drikke. De fortalte at pårørende ofte insisterte på aktiv behandling på tross av pasientens ønsker. Slike problemstillinger var ofte sårbare temaer å ta opp med pårørende. Det var ofte pårørendes hjelpesløshet i situasjonen som var fremtredende. Informantene mente det til syvende og sist handlet om tilliten til personalet og deres kompetanse (Bjørndal & Gjerberg 2007).

I denne pasienthistorien var det kun av hensyn til pårørende det ble gitt intravenøs veske. Jeg tror at hvis en kunne åpnet for en god kommunikasjon mellom pårørende og personalet ville en kanskje klart å formidle hvorfor det ikke var til det beste for pasienten. Personalet bør være profesjonelle og bruke sin kunnskap som hjelpemiddel. Helsefaglig, profesjonell kommunikasjon bør alltid være hjelpende, i den forstand at den er velbegrunnet og faglig (Eide & Eide 2007:18-19). Vi som helsepersonell har et helt annet ståsted enn pårørende. Jeg har forståelse for at pårørende ønsket å være sammen med pasienten når hun døde. Det som for meg ble vanskelig i denne situasjonen var at jeg så hvor mye pasienten led. Jeg kunne med min faglige bakgrunn si at dette ikke var en verdig avslutning på livet for pasienten.

7.4 Hvordan kan fysisk kontakt være viktig i pleien av døende pasienter?

Hvis en skal ha en dialog med pasienten er det viktig at de fysiske hensynene er tatt. Det er viktig å observere pasienten. Pasienten har ikke krefter til å snakke om sine tanker og følelser hvis munnen trenger å bli rensset, hvis han eller hun har smerter og har behov for smertestillende medisin eller ligger vondt i sengen. Ved fysisk kontakt oppnår en mer enn å øke pasientens velvære (Maarup & Lind 1994:22). Jeg tror dette er meget viktig i pleien til den døende pasienten. Jeg mener at hvis det er fysiske hindringer vil det være vanskelig å oppnå en god dialog og skape tillit til oss som helsepersonell. En må kunne ta på pasienten både for å vise omsorg og for å observere pasienten godt. Måten en berører den døende på er med på å styrke tilliten til deg som hjelper. Hvis en gjennom fysisk kontakt viser respekt og ikke trekker seg tilbake gjør en det lettere for pasienten å godta de endringer som skjer fysisk (Maarup & Lind 1994:22).

Helsepersonell som jobber i direkte kontakt med pasientens kropp og der pasienten er intimt berørt, er det grunn til å anta at den nonverbale kommunikasjon er særlig viktig. Nonverbal bekreftende kommunikasjon er med på å bygge opp tillit, trygghet og motivasjon. Det er viktig å trene opp denne ferdigheten (Eide & Eide 2007:199). Mange pasienter som er døende har kanskje aldri hatt behov for hjelp i form av stell slik det kan bli behov for i den siste fasen av livet. Jeg tror at hvis vi er flinke til å fortolke det nonverbale språket til pasienten vil vi kunne yte en bedre pleie og omsorg. Jeg har erfart at vi alle kommer med forskjellige utgangspunkt inn i det å være den som mottar hjelp fra andre. Det tenker jeg vi må være oppmerksomme på i vårt arbeide som helsepersonell. En må ikke overstyre pasienten, men observere og ta hensyn til de nonverbale signalene.

I den konkrete plejesituation, mens du sengebader patienten, vil du lettere kunne observere hans fysiske tilstand (f.eks. ved smerter), fordi du samtidig kan registrere de nonverbale budskaper, han sender (Maarup & Lind 1994:22).

7.5 Hvordan kan sykepleiers egen nærhet til døden påvirke arbeidet med døende pasienter?

I arbeidet med døende pasienter har jeg ofte følt på mine egne følelser forhold til døden. Jeg tror mange som jobber med døende har personlige erfaringer, og erfaring fra å jobbe så nært med døden. Jeg husker spesielt en situasjon der jeg var på jobb og vi hadde en terminal pasient som ikke hadde lenge igjen å leve. Jeg hadde sammen med meg på jobb en ung kollega som nettopp hadde mistet sin far på en dramatisk og uventet måte. For henne ble det en vanskelig situasjon å takle. Under rapporten tok hun til tårene og fortalte at hun ikke ønsket å være inne på rommet sammen med den døende eller pårørende. Vi snakket sammen og ble enige om at hun ikke skulle være alene i rommet, og at hun skulle kjenne selv hvor hennes grenser gikk forhold til å involvere seg i stell og pleie av pasienten. Etter hvert som tiden gikk følte hun seg mer komfortabel med situasjonen. Da pasienten var gått bort kom hun bort til meg og takket for at hun hadde fått vært med på å delta i pleien av både pasienten og pårørende. Hun hadde fått et helt nytt syn på døden og fått oppleve den fra et profesjonelt ståsted.

Døden må aldrig blive en rutine for jer i det professionelle arbejde, men det første møde med døden vil altid være forbundet med stærkere indtrykk og følelser (Maarup & Lind 1994:107)

Jeg tror å jobbe tett opp mot døden er vanskelig for mange. Men med erfaring og den rette faglige kunnskapen vil arbeidet bli litt lettere. Med erfaring menes livserfaring og modenhet som en får ved å pleie døende pasienter. Kunnskapen kan aldri stå alene (Maarup & Lind 1994:111) Jeg har flere ganger tenkt at siden jeg for det meste har jobbet med eldre er døden en naturlig del av livet. Jeg har også tenkt at det sikkert ville vært andreledes hvis jeg jobbet på en avdeling for kreftsyke der pasientene kunne være på min egen alder og i samme livssituasjon. Da ville nok arbeidet vekket andre følelser rundt døden. Jeg tror arbeidet med døden aldri må bli en rutine. Å se enkeltmennesket og hver enkelt situasjon vil gi en god og verdig avslutning på livet uavhengig av alder.

Det er naturlig at blive følelsesmæssig berørt og bevæget, når I er så tæt på et menneske, der skal dø. I kan let komme til at græde eller på anden måde give udtryk for jeres følelser. Hermed viser I, at I er medmennesker, der er engagerede, og som mærker og føler, hvordan jeres patient og hans pårørende har det. Det er heldigvis blevet mere naturligt og legalt, at vi som professionelle gerne må vise vores følelser (Maarup & Lind 1994:108).

Jeg tror at en god sykepleier kan vise følelser når en pasient dør. Det er trist og særlig når en har jobbet med pasienten over lengre tid. Jeg mener det er viktig å kunne identifisere seg med den døende pasient, bruke empati. Empati er evnen til å sette seg inn i en annens situasjon (Eide & Eide 2007:37) Det er viktig for å kunne forstå pasienten og følelsene rundt døden. Profesjonell empati er en faglig ferdighet som krever fagkunnskap, vilje til å være rettet mot den andre, og evne til selvrefleksjon (Eide & Eide 2004:35-38). Jeg tror at hvis den som hjelper pasienten kan sette seg inn i situasjonen og vise faglig kunnskap, vil det å vise følelser også være helt naturlig.

Jeg mener det å vise at en bryr seg er å være medmenneske, å vise omsorg for den andre. Kari Martinsen mener det som står sentralt i begrepet omsorg, er forståelsen av den andres situasjon (Martinsen 2003:76). Da tror jeg gode empatiske evner i tillegg til erfaring vil være viktig for å kunne sette seg inn i pasientens og pårørendes situasjon. Det å gråte sammen med pårørende når noen er gått bort er etter det jeg har erfart helt ok. De fleste synes det er flott å se at en ikke er så profesjonell at en ikke kan vise følelser. Jeg har kjent på at jeg synes like synd på de som har mistet noen som for det livet som er over. Dermed mener jeg at når Kari Martinsen sier en skal kunne sette seg inn i den andres situasjon er det også pårørendes opplevelse av å miste noen.

7.6 Hva er god sykepleie til den døende pasienten?

Jeg tror god sykepleie til den døende pasienten er sammensatt av flere ting. Jeg tror at for å kunne yte god sykepleie er det viktig å ha kjærlighet til sin neste. Vi er alle mennesker og de fleste av oss kommer til å trenge hjelp fra en annen en eller annen gang i løpet av livet. Vi trenger hjelp når vi blir født til denne verden og vi trenger hjelp når vi forlater.

God dødspleie er slik jeg ser det viktig. Vi trenger noen som kan hjelpe, og som kan vise nestekjærlighet.

God dødspleie er ikke aktiv dødshjelp. Det er heller ikke livsforlengende behandling (operasjoner, blodoverføring, cellegift, strålebehandling, antibiotika) unntatt når det er klart grunnlag for det. God lindrende behandling skal møte symptomer som smerter, kvalme, åndenød, uro og angst. Målet er å lindre plagene, uten å dope den døende. Husk at mange, særlig eldre, sovner inn uten behov for lindrende medikamentell behandling (Myskja 2012:156-157).

Jeg tror ut fra dette at det er viktig med den faglige kunnskap sykepleier har. Martinsen sier at omsorg forutsetter en nær sammenheng mellom praksis og teori (Martinsen 2003:94-95). Jeg tror at hvis sykepleieren har gode faglige ferdigheter er det et godt grunnlag for å kunne bidra til en god dødspleie. Med vår faglige bakgrunn som sykepleiere kan vi bruke vår teori i vårt arbeid med døende. Hvis vi ikke kjenner symptomer og vet hva som skal til for å lindre disse, er det vanskelig å utøve god sykepleie.

Blix og Breivik skriver i sin bok *Basisbok i sykepleie* at de fysiske symptomene hos pasienten preges ofte av tiltagende svekkelse av allmenntilstanden og nedsatt funksjon i de vitale organene. Forløpet kan også være preget av symptomer på grunn av sykdomsprosessen. Det kan være åndenød, dødsralling, smerter, feber og så videre. Disse kan lindres ved hjelp av god kunnskapsbasert sykepleie. (Blix & Breivik 2006:364-369).

Jeg mener det er viktig at sykepleiere som jobber med døende har gode faglige ferdigheter rundt alle disse temaene. For å kunne gi en helhetlig omsorg trenger vi en god faglig bakgrunn.

Kommunikasjon er og vesentlig når en skal kunne lindre disse symptomene. Forutsetning for en god profesjonell kommunikasjon er fagkunnskap. Uten kjennskap til faget vil kommunikasjon i de fleste tilfeller bli uinformativ, mangelfull og dermed uprofesjonell (Eide & Eide 2004:38-39). Jeg har sett at pasienter ikke har fått svar på sine spørsmål vedrørende sin alvorlige sykdom fordi personalet som jobber med dem har for liten kunnskap vedrørende deres sykdom og sykdomsforløp. Jeg har ofte følt at informasjonen pasienten fikk var uprofesjonell og lite informativ. Derfor mener jeg at vi har et ansvar for å tilegne oss denne kunnskapen via faglitteratur og erfaring. Da vil vi kunne hjelpe våre pasienter på faglig forsvarlig måte i tillegg til å føle oss trygge på det arbeidet i gjør.

8.0 AVSLUTNING

I arbeidet med denne bachelor oppgaven har jeg forsøkt å se nærmere på *hvordan kan sykepleier ved hjelp av kommunikasjon være en god fagperson og vise omsorg til pasienter som er ved livets slutt?* Dette er et tema jeg ofte har tenkt trenger en større plass i sykepleierutdanningen. Å jobbe tett opp mot døden kan være vanskelig. Mange jeg har snakket med i forbindelse med at jeg har valgt dette temaet tror det må være et deprimerende og trist å sette seg inn i. Men det kan også være givende å jobbe med døende. I min jobb som fremtidig sykepleier vil jeg møte mange mennesker som er ved livets slutt. Derfor er det spesielt viktig å ha kunnskap for å kunne hjelpe mine pasienter på en faglig forsvarlig måte. Jeg vil være en sykepleier som har kunnskap rundt døden så godt det lar seg gjøre. Jeg har mange ganger reflektert over at døden er så endelig, jeg tror det er en av grunnene til at vi er redde for å dø. Vi vet ikke hva det innebærer, og det er ingen som helt sikkert kan fortelle oss hva som skjer og hvor vi havner når vi dør. Å være der for sin neste og vise at jeg bryr meg er viktig for meg i dette arbeidet.

Jeg har med denne oppgaven fått bedre kunnskap rundt pasientens opplevelse av døden. Jeg har også fått se at kommunikasjon, omsorg og faglige ferdigheter er sentrale begreper i dette arbeidet. I NSF's yrkesetiske retningslinjer står det: sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (NSF 2011:8). Jeg synes dette er spesielt viktig i arbeidet som sykepleier og arbeidet med døende pasienter. Det er mange hensyn å ta når en pasient er ved livets slutt, og slik jeg ser det etter å ha jobbet med denne bachelor oppgaven trengs det gode kommunikasjonsferdigheter, god omsorg og faglig kunnskap for å kunne yte en god sykepleie til mennesker som er ved livets slutt.

LITTERATURLISTE:

Pensumlitteratur:

Blix, Ellen Støre, & Breivik, Solveig. (2006). *Basisbok i sykepleie*. Bergen: Fagbokforl.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, Hilde, & Eide, Tom. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Martinsen, Kari. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforl.

Skaug, Eli-Anne (Ed.), Kristoffersen, Nina. Jahren & Nortvedt, Finn. (2005). *Grunnleggende sykepleie – bind 4*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Selvvalgt litteratur:

Bjørndal, Arild & Gjerberg, Elisabeth.(2007). *Hva er en god død i sykehjem?* Sykepleien Forskning nr 2:174-180. Tilgjengelig fra:

<http://www.sykepleien.no/ikbViewer/forskning/forskningsartikkel/118309/hva-er-en-god-dod-i-sykehjem?> [Nedlastet 15 oktober 2012] (Antall sider: 6)

Eide, Tom, & Eide, Hilde. (2004). *Kommunikasjon i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk. (Antall sider: 24)

Kirkevold, Marit, & Nortvedt, Finn. (1993). *Klokskap og kyndighet*. Oslo: Ad notam Gyldendal. (Antall sider: 10)

Kübler-Ross, Elisabeth. (1988). *Døden og livet etter døden*. København: Reitzel. (Antall sider:71)

Kübler-Ross, Elisabeth. (1993). *Døden er livsviktig*. Oslo: Ex Libris. (Antall sider: 20)

Kubler-Ross, Elisabeth. (1998). *Livshjulet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag ASA. (Antall Sider: 10)

Maarup, Birgit, & Lind, Birthe. (1994). *Når døden er nær*. Frederikshavn: Dafolo. (Antall sider: 38)

Marriner-Tomey, Ann, & Alligood, Martha Raile.(2011). *Sygeplejeteoretikere*.København:Munksgaard. (Antall sider: 22)

Myskja, Audun. (2012). *Kunsten å dø*. Oslo: J.M: Stenersens Forlag. (Antall sider: 144)

Norsk Sykepleie Forbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. (Antall sider: 44)

Skaug,Eli-Anne (Ed.), Kristoffersen, Nina Jahren & Nortvedt,Finn. (2011). *Grunnleggende sykepleie – bind 3*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (Antall sider:30)

Sum antall sider selvvalgt litteratur: 419